
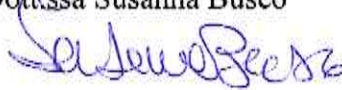


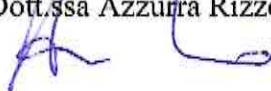





	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave	
		Rev.: 01
		16 febbraio 2026

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON TRAUMA GRAVE

REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
Dipartimento Governance Rete Ospedaliera e Area Critica UOC Pronto Soccorso OBI Medicina Urgenza DEA I Dott. Paolo Nucera 	UOC Programmazione Controllo e Governo Clinico UOS Percorsi Clinico Assistenziali Dott.ssa Susanna Busco 	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Sergio Parrocchia 
UOC Pronto Soccorso OBI DEA II Dott.ssa Rita Dal Piaz 	UOC Rischio Clinico Medicina Legale e Qualità Dott.ssa Azzurra Rizzo 	Direttore Generale Dott.ssa Sabrina Cenciarelli 
UOSD Pronto Soccorso OBI Terracina Fondi Dott.ssa Monica Iorio 		
UOC Chirurgia Generale DEA II Dott. Daniel Sermoneta 		

VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale X	Dipartimento	Presidio/ Distretto	Unità Operativa
--------------------------------	----------------	--------------	------------------------	-----------------

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

GRUPPO DI LAVORO

Dott.ssa Rita Dal Piaz, dott. Alberto Lombardini ,coordinatrice professioni sanitarie Giorgia Lafavia UOC Pronto Soccorso OBI Dea II
Dott. Paolo Nucera, professioni sanitarie Rosangela Ciuffo, UOC Pronto Soccorso OBI e medicina D'Urgenza DEA I
Dott.ssa Monica Iorio, Dott Rosario Augusto Cestra UOSD Pronto soccorso Fondi Terracina
Dott. Fabio Alfredo Nania UOC Anestesia e Rianimazione DEA II
Dott. Carlo Iavarone UOC Anestesia e Rianimazione DEA I
Dott. Angelo Pompucci, Dott.ssa Maria Aloisi UOC neurochirurgia
Dott.ssa Gabriella Monteforte, Dott.ssa Emanuela Viola UOC Medicina D'Urgenza
Dott. Cesare Ambrogi, Dott Ermanno Notarianni UOC Radiologia Diagnostica ed Interventistica DEA II
Dott. Antonio Barberi UOC Radiologia Diagnostica Fondi Terracina DEA I
Dott. Giuseppe Mezzetti, Dott. Luigi Greco, Dott. Daniel Sermoneta UOC Chirurgia generale DEA II
Dott. Roberto Caronna UOC Chirurgia Generale Terracina
Dott. Vincenzo Viola UOC Chirurgia Generale DEA I
Dott. Roberto Fava UOC Ortopedia e Traumatologia DEA I
Dott. Alessandro Are, Dott Ciriaco Iandolo, UOC Ortopedia e Traumatologia DEA II
Dott Angelo Nocca UOC Ortopedia e Traumatologia Terracina
Dott Francesco Antonino Battaglia UOC Ostetricia e Ginecologia DEA II e DEA I
Dott Palmiro Ianiri UOC Ostetricia e Ginecologia DEA II
Dott.ssa Francesca Lippa UOC Ostetricia e Ginecologia Fondi
Dott Nazareno Stella UOC Chirurgia Vascolare
Dott Francesco Equitani , Emanuela Ricci UOC SIMT DEA II e DEA I
Dott Umberto Basile UOC Patologia clinica DEA II
Dott Pierluca Pellegrini UOC Urologia
Prof Andrea Gallo UOC ORL
Dott Gregorio Tibaldi, Dott.ssa Nicoletta Parisi UOSD Riabilitazione
Prof. Riccardo Lubrano, Dott.ssa Vanessa Martucci UOC Pediatria DEA II
Dott Cosmo Del Borgo, UOC Malattie Infettive
Dott Massimiliano Sepe UOC Oculistica DEA II
Prof Enzo Maria Vingolo UOC Oculistica U
Dott.ssa Teresa Cecilia Coluzzi Direzione Medica Presidio DEA II Latina
Dott Giuseppe Ciarlo, Dott Fabrizio Turchetta, Dott Nunzio Maria Mancigli Direzione Medica Presidi DEA I ,Terracina Fondi,
Dott.ssa Gabriella Bonanni, Dott Damon Carletti UOC Farmacia Ospedaliera
Dott Silvano Di Mauro UOC Professioni Sanitarie Ospedaliere
Dott Valentino Coppola, Dott.sa Lorena di Lenola UOC Professioni sanitarie Non Ospedaliere

Referente aziendale PDTA Trauma Grave : Dott Daniel Sermoneta UOC Chirurgia Generale DEA II

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 01</p> <hr/> <p>16 febbraio 2026</p>
--	--	---

INDICE

1. **PREMESSE**
2. **OBIETTIVI**
3. **AMBITO DI APPLICAZIONE**
4. **METODOLOGIA DI LAVORO**
5. **DEFINIZIONE TRUMA GRAVE**
6. **CONFIGURAZIONE DELLA RETE TRAUMA GRAVE**
 - 6.1 Rete trauma grave dell'adulto
 - 6.2 Rete trauma grave pediatrico
 - 6.3 Rete lesioni midollari e ustioni
 - 6.4 Rete chirurgia della mano e reimpianto arti
7. **STRUTTURE COINVOLTE**
8. **RACCOMANDAZIONI CLINICHE E DESCRIZIONE ORGANIZZATIVA**
 - 8.1 FASE PRE OSPEDALIERA
 - 8.2 FASE OSPEDALIERA
 - 8.2.1 Attivazione Pronto Soccorso
 - 8.2.2 Fase Accesso- Triage
 - 8.2.3 Fase Emergenza
 - 8.2.4 Centralizzazione secondaria
 - 8.2.5 Fase presa in carico
 - 8.2.6 Continuità assistenziale
 - 8.2.7 Riabilitazione precoce
 - 8.2.8 Rinvio dei pazienti dai centri HUB ai presidi di provenienza (Back Transfert)
 - 8.2.9. gestione del trauma grave in età pediatrica
 - 8.3 FASE POSTOSPEDALIERA - RIABILITAZIONE
 - 8.3.1 Setting di Riabilitazione
 - 8.3.2 Descrizione organizzativa accesso nei diversi setting
9. **IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO**

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

10 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

11 ACRONIMI

ALLEGATI

- 1 Valutazione ABCDE**
- 2 Strategia Damage Control**
- 3 Procedura trasfusione massiva**
- 4 Gestione pazienti in terapia con nuovi anticoagulanti orali**
- 5 Profilassi antibiotica delle fratture esposte**
- 6 Dysphagia Risk Score**
- 7 Scheda riabilitativa**
- 8 Scala di Barthel**
- 9 Diario fisioterapico**
- 10 Elenco strutture riabilitative aziendali**
- 11 Elenco strutture riabilitative non aziendali**
- 12 Modulo richiesta trasferimento in riabilitazione**
- 13 Integrazione modulo trasferimento per riabilitazione lesioni midollari (cod 28)**
- 14 Scheda per proposta ricovero RSA o LD**
- 15 Revised Trauma Score**
- 16 Injury Severity Score**

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

1. PREMESSE

La patologia traumatica viene annoverata tra le patologie tempo dipendenti. Il decreto ministeriale 2 Aprile 2015 numero 70 prevede che, al fine di ridurre i decessi evitabili, è necessario attivare un sistema integrato per l'assistenza al trauma, costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e delle competenze disponibili

La Determinazione 13 febbraio 2025, n. G01810 Pubblicata sul BUR il 27/2/2025 Definisce la Revisione del Piano di Rete per il Trauma Grave (Determinazione n. G15438/2020) in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 24 gennaio 2018 (Repertorio Atti n. 14/CSR).

La rete clinico-assistenziale per il Trauma Grave (di seguito RTG), è un modello organizzativo che ha l'obiettivo di assicurare la presa in carico del paziente, mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa

L'assetto della rete regionale prevede tre livelli tra loro funzionalmente connessi secondo la seguente configurazione

- 3 centri traumi di alta specializzazione (CTS)
- 6 centri traumi di zona (CTZ)
- 26 presidi di pronto soccorso per traumi (PST)

L'adozione di un modello assistenziale calato sulla realtà locale, rende necessaria la definizione di un PDTA aziendale, sulla base delle linee di indirizzo regionali, identificando criteri clinici e modalità organizzative sulla base delle risorse e delle competenze presenti a livello aziendale

La centralizzazione primaria e eventuale centralizzazione secondaria può essere una condizione che determina un aumento dei tempi di accesso, per cui la risposta nel CTS di riferimento e nel CTZ deve essere organizzata e tempestiva.

I PST hanno come priorità assistenziale la stabilizzazione del paziente, contenendo i tempi della diagnostica e della decisione dell'eventuale trasferimento, secondo i criteri indicati, in modo che sia possibile attuare la centralizzazione secondaria in sicurezza, secondo i criteri definiti, in un tempo non superiore alle 2 ore dall'accesso al Pronto Soccorso

2. OBIETTIVI

- Definire il miglior processo assistenziale secondo le evidenze scientifiche per la gestione del trauma grave/politrauma, uniformando i criteri di presa in carico del paziente, la tempistica degli interventi di stabilizzazione e di quelli definitivi sulla base dello stato clinico

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 01</p> <hr/> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

- Definire le modalità organizzative e di gestione secondo un modello di rete che tenga conto delle risorse, delle professionalità e delle competenze aziendali per tutto il percorso, compresa la fase di riabilitazione attraverso la continuità assistenziale ospedale territorio
- Migliorare l'integrazione e la comunicazione multidisciplinare intraaziendale e interaziendale
- Migliorare integrazione ospedale territorio per una precoce presa in carico di tipo riabilitativo

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il PDTA è applicabile nel paziente traumatizzato da tutto il personale medico, infermieristico e tecnico operante all'interno della rete di emergenza ospedaliera afferente alla Asl di Latina, come da determina regionale del 13 febbraio 2025, n. G01810

4. METODOLOGIA DI LAVORO

Il Percorso è stato elaborato dal gruppo di lavoro costituito dai rappresentanti di tutte le UOC e figure professionali coinvolte nella risposta assistenziale al trauma grave e neurotrauma della Asl di Latina oltre che dalle Direzioni Mediche dei Presidi secondo la metodologia aziendale

5. DEFINIZIONE TRAUMA GRAVE

Il trauma grave viene internazionalmente definito come “paziente con lesioni traumatiche che superano il punteggio di gravità **Injury Severity Score (ISS) di 15** “. Tale punteggio può essere raggiunto con una sola lesione principale di gravità AIS 4 o superiore oppure con una lesione principale di gravità AIS 3 associata ad una o più lesioni secondarie di gravità AIS 3 o superiore. *Il punteggio può essere calcolato e attribuito con esattezza dopo il completamento del percorso diagnostico e strumentale.*

Si definisce la condizione di “Trauma Grave” in relazione con il momento di osservazione della persona:

- *sulla scena e all'ammissione ospedaliera*, in cui viene identificato un “evento traumatico maggiore” sulla base dei criteri fisiologici, anatomici, situazionali e di fattori aggravanti. Questa valutazione è determinante per il triage e la decisione del trasporto del paziente presso la struttura sanitaria più idonea al fine di un tempestivo accesso alle cure definitive;
- *in seguito a valutazione clinica e prognostica*, per cui disponendo di un quadro definito delle lesioni possiamo identificare come “trauma grave” i pazienti con un punteggio di *Injury Severity Score uguale e superiore a 16*, secondo i criteri internazionali. Questa valutazione consente di selezionare il livello di competenze e intensità di cura necessario, e di valutare, in modo oggettivo, i risultati assistenziali

6. CONFIGURAZIONE DELLA RETE AZIENDALE TRAUMA GRAVE

6.1 Rete Trauma Grave per adulto

L'assetto della rete trauma grave della Regione Lazio per il paziente adulto prevede tre livelli, tra loro funzionalmente connessi,

CTS (Centro traumi alta specializzazione) inserito in una struttura ospedaliera sede di dea di II livello con team dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con traumi poli distrettuali o che necessitano di altre specialità, qualora non presente presso gli altri ospedali della rete

CTZ (Centro Traumi di Zona) inseriti in una struttura ospedaliera sede di DEA di I o II livello e garantiscono h 24 il trattamento definitivo di tutte le lesioni ad eccezione di quelle per cui sono necessarie alte specialità.

PST (Pronto Soccorso Trauma) è inserito in una struttura ospedaliera sede di dea di I livello o PS e garantisce, prima di un'eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria.

Fig 1 Rete Trauma Grave adulto – Asl Latina

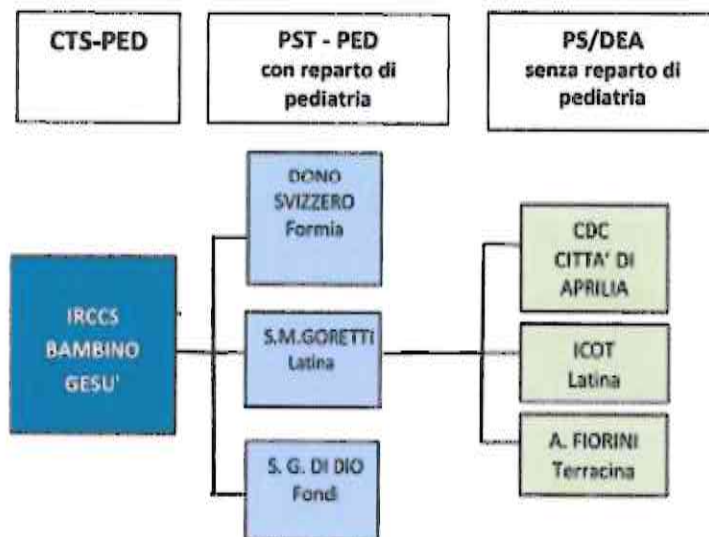


 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
		Rev.: 01
		16 febbraio 2026

6.2 Rete Trauma Grave Pediatrico (RTGP)

La RTGP è finalizzata al trattamento dei pazienti con età compresa **tra 0 e 17 anni e 364 giorni** in linea con le suddette Linee di indirizzo (CSR n. 248 del 21.12.2017)

Fig. 2 Rete Trauma Grave -Pediatrica Asl Latina



6.3 Rete lesioni midollari e ustioni

Il percorso assistenziale dedicato al trattamento delle persone con lesione midollare coinvolge l'Unità spinale del S. Eugenio nel CTZ Sant'Eugenio - CTO e i Centri Spinali situati nelle sedi del Centro paraplegici di Ostia e della Fondazione Santa Lucia

In età pediatrica i centri coinvolti sono il CTS pediatrico di riferimento (IRCCS Bambino Gesù) e AOU Pol Gemelli) La neuroriabilitazione (Palidoro cod 75 e cod 56; S. Marinella UDGEE)

Il centro ustioni è situato nel CTZ del presidio ospedaliero Sant'Eugenio

In età pediatrica il trattamento per il trattamento delle ustioni si fa riferimento al CTZ del presidio Sant'Eugenio in collaborazione con i due CTS pediatrici

6.4 Rete chirurgia della mano e reimpianto arti

In caso di trauma grave con lesione associata dell'arto superiore la centralizzazione avviene verso

- il CTS di riferimento (AO S.Camillo)
- in ambito pediatrico presso il Bambino Gesù

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

In caso di lesione isolata della mano e dell'arto superiore la centralizzazione avviene verso

- Fondazione Policlinico Gemelli e San Camillo Afferenti DEA II livello
- Ospedale S. Eugenio-CTO afferente in DEA I livello

Secondo una disponibilità di turnazione h 24 programmata annualmente dal coordinamento Regionale Reti di Patologia-ARES 118

La classificazione è definita secondo i seguenti livelli

Lesione di I livello

- Non chirurgico: lesioni a bassa complessità a carico di tegumenti cutanei e delle strutture osteotendinee che non richiedono trattamento chirurgico o specifici protocolli di trattamento conservativo protesico → trattamento presso centri Spoke
- Chirurgico: lesioni a bassa complessità a carico di tegumenti cutanei e delle strutture osteotendinee che richiedono trattamento chirurgico o specifici protocolli di trattamento

– Lesioni di livello I

- ferite semplici o a lembo
- lesioni tendinee semplici
- fratture e lussazioni chiuse
- patologie non emergenti (traumi occorsi da oltre 12 ore)
- amputazioni di segmenti non reimpiantabili
- ritenzione corpi estranei
- nessun tipo di trauma senza aver valutato prima la ferita

Gli interventi di chirurgia della mano per i traumi classificati di I livello sono realizzabili attraverso specifici settori di interventi che devono essere collocati nei centri definiti come Spoke

Lesione di II livello: Lesioni ad alta complessità a carico di tre o più tessuti . sono rapportabili a tecniche di microchirurgia della mano ad alta complessità specialisti

– Lesioni di II livello

- Amputazione totale o parziale indipendentemente dal livello della lesione solo se presente segmento da reimpiantare
- Scuoiamenti e sguantamenti degli arti associati a lesioni nervose e/o vascolari
- Lesioni associate a danno nervoso sensitivo o motorio (parestesie o paralisi): sezioni complete o parziali di nervi periferici
- Lesioni con indicazione all'esplorazione chirurgica in età pediatrica
- Perfusione dell'arto o del segmento traumatizzato: insufficiente o assente
- Polso ridotto assente (anche nei traumi chiusi se si sospetta sindrome compartimentale)

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 01</p> <hr/> <p>16 febbraio 2026</p>
--	--	--

7. STRUTTURE COINVOLTE

➤ FASE Preospedaliera

ARES 118

➤ FASE Ospedaliera

Dipartimento di Governance della rete Ospedaliera e Area Critica,
 Dipartimento Area chirurgica DEAI e DEA I,
 Diagnostica per immagini e radiologia Interventistica DEA II Diagnostica per Immagini DEA I
 Patologia clinica DEA I e DEA II
 Servizio di Immunematologia e Medicina Trasfusionale
 Area alte specialità cardio neuro vascolari
 Responsabili Professioni Sanitarie -Coordinatori PS/OBI - Blocco Operatorio
 UCTO

➤ FASE POPST OSPEDALIERA

UOSD Riabilitazione
 Distretti

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		16 febbraio 2026

Tab 1 figure professionali coinvolte - dislocazione per presidio ospedaliero Asl Latina

DIP	FIGURA PROFESSIONALE	STUTTURA	PRESIDIO OSPEDALIERO			
			LATINA S.M.Goretti (CTZ)	TERRACINA A. Fiorini) (PST)	FONDI S.Giovanni di Dio) (PS)	FORMIA (Dono Svizzero) (PST)
Rete Osp e area critica	Anestesista- Rianimatore	UOC anestesia e rianimazione DEA II e DEA I	SI h 24	SI h 24	SI h 24	SI h 24
	Medico Emergenza/urgenza	UOC PS – OBI Latina UOC PS medicina Urgenza Formia UOSD PS Terracina	SI h 24	SI h 24	SI h 24	SI h 24
	Medico medicina urgenza	UOC Medicina Urgenza e UTN	SI h24		-	-
Area Servizi	Radiologo	UOC Diagnostica per immagini e radiologia interventistica UOC Diagnostica per immagini DEA I	SI h 24 dedicato PS	SI h 24 (in caso di assenza guardia attiva notturna in telerefertazio ne)	h 6 dal lunedì al venerdì	SI h 24
	Radiologo interventista	UOC Diagnostica per immagini e radiologia interventistica	SI h12 feriali reperibilità notturna e festivi	NO	NO	NO
	Servizio	Core Lab DEA II	SI 24	SI h 24	SI h 24	SI h 24

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave

	di laboratorio	Pat CLIN DEA I				
	Immunoematologia e Medicina trasfusionale	SIMT Latina	Si	NO (riferimento Latina)	NO (Riferimento Formia)	SI
Professioni sanitarie	Personale sala operatoria	UOC Professioni sanitarie ospedaliere	Si	Si Festivi rep h 24	Si	Si
Area Chirurgica	Chirurgo	UOC chirurgia generale S.M:Goretti Latina Terracina Formia DEA I	Si	Si	NO	Si
	Ortopedico	UOC Ortopedia	Si	SI	NO	SI
	Oculistica	UOC Oculistica	Si h 6 feriali reperibilità notturna e festivi per le emergenze chirurgiche	mattina giorni feriali per le emergenze chirurgiche reperibilità notturna e festivi riferimento Oculistica Osp S. M.Goretti	NO	NO riferimento Oculistica Osp S. M.Goretti per le emergenze chirurgiche
	Otorinolaringoiatra	UOC ORL	Si h 12 feriali reperibilità notturna e festivi	lun pom mart-venerdi mattina	NO	NO
	Urologo	UOC Urologia Latina	Si	NO	NO	NO

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave

Area alte spec cardio neuro vascolari	Neurochirurgo	UOC Neurochirurgia Latina	SI	NO	NO	NO
	Chirurgo vascolare	UOC Chirurgia vascolare Latina	SI	NO	NO	NO
Area materno infantile	Ostetricia Ginecologia	UOC Ostetricia e Ginecologia	SI	NO	SI	SI
	Pediatria	UOC Pediatria TIN DEA II UOC Pediatria DEA I e Fondi	SI	NO	Solo ambulatoriale	SI
EXTRA ASL	Cardiochirurgo	AO San Camillo - Roma	NO	NO	NO	NO
	Chirurgo maxillo faciale	AO San Camillo - Roma	NO	NO	NO	NO
	Chirurgo toracico	AO San Camillo - Roma	NO	NO	NO	NO
	Chirurgia della mano e reimpianto arti	Fondazione Policlinico Gemelli e San Camillo	NO	NO	NO	NO
	Chirurgia della mano e reimpianto arti	Ospedale S. Eugenio-CTO	NO	NO	NO	NO

8. RACCOMANDAZIONI CLINICHE E DESCRIZIONE ORGANIZZATIVA

Fig 3 Diagramma di flusso

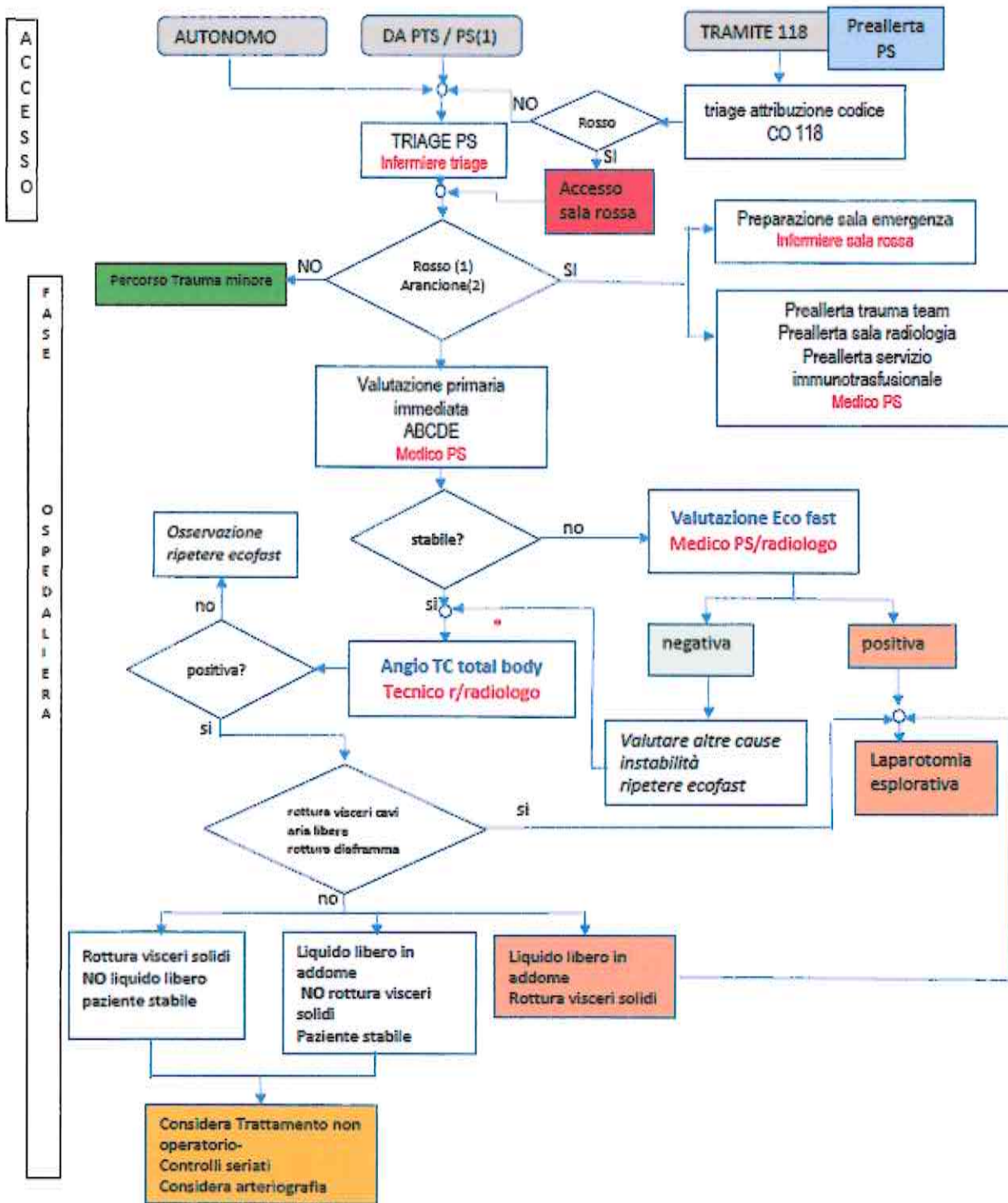
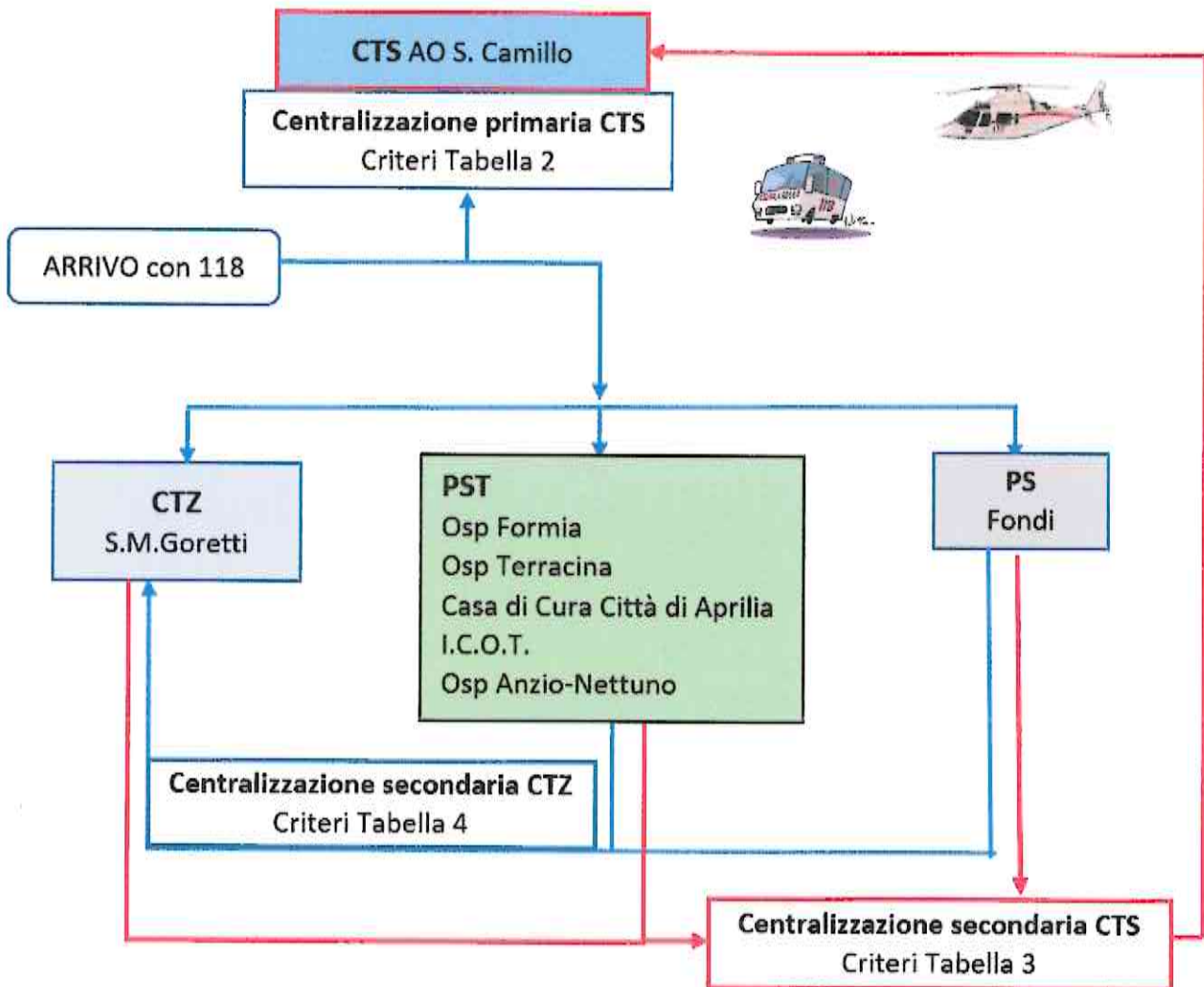


Fig 4 Rete trauma grave dell'adulto - criteri centralizzazione



La gestione del Trauma grave richiede di mantenere attenzioni sui tempi e sui fattori di rischio e di sviluppare la risposta clinica con una sequenza di comportamenti secondo i principi assistenziali condivisi a livello di Coordinamento di Hub e di Area e ottimizzati secondo l'organizzazione locale di cui viene descritta organizzazione nei successivi paragrafi

Eventuali trasferimenti per centralizzazione secondaria presso CTZ dalle strutture afferenti secondo RTG regionale vanno effettuati sulla base dei criteri definiti e previ accordi telefonici

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		16 febbraio 2026

8.1 FASE PREOSPEDALIERA

Il 118 provvede al trasporto direttamente presso Centro alta specializzazione (CTS di riferimento AO S.Camillo) in caso di pazienti adulti stabili o stabilizzati in ambito extraospedaliero sulla base dei criteri riportati nella seguente tabella

Tab 2 Centralizzazione primaria verso CTS AO San Camillo Roma

Tabella 5 – Criteri per la centralizzazione primaria verso il CTS			
CRITERI FISIOLGICI*	CRITERI ANATOMICI*	CRITERI DINAMICI	FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI
<ul style="list-style-type: none"> - GCS \leq 13 - Pressione arteriosa sistolica < 90 mmHg - Frequenza respiratoria <10 o >29 atti/min (< 20 atti/min se età inferiore a 1 anno), o necessità di supporto ventilatorio 	<ul style="list-style-type: none"> - Lesione penetrante testa, collo, tronco, arti prossimalmente a gomito e ginocchio - Instabilità e/o deformità della parete toracica - Due o più fratture di ossa lunghe prossimali - Compromissione vascolare degli arti - Amputazione e sub-amputazioni degli arti - Instabilità pelvica - Paralisi degli arti - Estremità schiacciate, deformate, senza polso, lesioni da sguantamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Veicolo coinvolto trasportante sostanze pericolose - Incidente in Autostrada e Strade a scorrimento veloce - Incendio di veicoli coinvolti - Coinvolgimento Pullman o mezzi di trasporto multiplo - Caduta con impossibilità a rialzarsi e/o a chiedere aiuto con ritardo nella richiesta di aiuto - Elementi indicativi di difficoltà di accesso e/o di recupero del coinvolto 	<ul style="list-style-type: none"> - Bambino < 8 anni^o - Grande obeso - Disabili - Gravidanza > 20 settimane - Gravi comorbidità note - Anamnesi positiva per osteoporosi o altra importante patologia ossea - Anamnesi positiva per coagulopatia o terapia anticoagulante in atto
<p>* In assenza di criteri fisiologici o anatomici indicativi della necessità di centralizzazione devono essere indirizzati direttamente al CTS i pazienti con criteri dinamici solo se associati a fattori di rischio individuale.</p> <p>^oi bambini <8 anni vanno centralizzati al CTS-PED</p>			

E' indicato il trasporto all'ospedale della RTG più rapidamente raggiungibile nei seguenti casi:

- Impossibilità a garantire direttamente sul luogo dell'evento la pervietà delle vie aeree o una adeguata protezione delle stesse
- Presenza di emorragia esterna non controllabile
- Instabilità emodinamica

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

Attivazione PS

Arrivo tramite ARES Sistema 118 avverte dell'arrivo di un trauma grave al numero di telefono corrispondente al PS di accesso

- Osp S.M.Gorretti Latina 07736553737 (sala di emergenza/sala rossa pronto soccorso);
- Osp Dono Svizzero Formia 0771 779766
- Osp A. Fiorini Terracina 0773 701587
- Osp S. Giovanni di Dio Fondi 0771505762-66

La fase preospedaliera termina con l'arrivo e la consegna del paziente da parte del personale di ARES 118 al personale del PS unitamente alla scheda di soccorso

8.2 FASE OSPEDALIERA

Sulla base del contesto assistenziale vengono riportate le modalità organizzative in base alla sede di accesso

8.2.1 Preparazione della Sala di Emergenza

Il personale assegnato alla sala codice rosso verifica la disponibilità e predispone preparazione:

- barella con i sistemi di immobilizzazione e monitoraggio;
- kit per le manovre di emergenza (vie aeree, drenaggio pleurico, pericardiocentesi, cannule, controllo emorragia esterna)
- kit per la stabilizzazione in emergenza (toracotomia, bacino, arti)
- posizionamento ed accensione degli apparecchi diagnostici (ecografo e apparecchio radiologico)
- sistema di monitoraggio (es.: temperatura, EtCO₂, ecc.)

8.2.2 Fase Accesso Triage

Triage al PS

Definizione del codice di priorità secondo quanto previsto dal Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore) (determina regionale G01369 del 6/2/2023)

I Pazienti con assegnazione codice rosso da 118 accedono direttamente alla sala rossa

8.2.3 Fase Emergenza

Attivazione del TFMT e dei servizi

La conoscenza dell'arrivo di un trauma grave determina l'attivazione del team multidisciplinare, costruito secondo una logica inclusiva, composto per la presa in carico dagli specialisti presenti nei vari presidi (tabella 1) e dal personale infermieristico in carico al P.S

Il coordinamento del trauma team nella fase di accesso e valutazione è attribuita al Medico d'Urgenza di turno in sala emergenza al PS (Team leader)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		16 febbraio 2026

→ **Ospedale S.M. Goretti Latina (CTZ)**

Team Funzionale Multidisciplinare Trauma (TFMT) (Determinazione regione Lazio 13 febbraio 2025 n.G01810)

- **Coordinatore**
- **Anestesista Rianimatore**
- **Chirurgo generale**
- **Ortopedico**
- **Medico d'urgenza**
- **Radiologo**
- **Fisiatra**
- **Fisioterapista**
- **Infettivologo**
- **Professioni sanitarie**

Il Medico di PS

- allerta medico di guardia della Struttura di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale” appena disponibili informazioni sul paziente e sui criteri predittivi sull’attivazione del protocollo di trasfusioni massive.
- chiama il medico Anestesista Rianimatore
- informa la sala operatoria
- informa la sezione TC

Provvede a chiamare i componenti del trauma team sulla base dei rilevati clinici alla valutazione primaria e diagnostica per immagini

Componente Trauma Team	Modalità attivazione
Medico Urgenza PS (team leader)	All’arrivo del paziente
IP PS	All’arrivo del paziente
Anestesista-Rianimatore	All’arrivo del paziente
Radiologo	All’arrivo del paziente
Medico Medicina Trasfusionale	All’arrivo del paziente
Chirurgo	Dopo prima valutazione se necessario
Ortopedico	Dopo prima valutazione se necessario
Neurochirurgo	Dopo prima valutazione se necessario
Radiologo Interventista	Dopo prima valutazione se necessario
Chirurgo vascolare	Dopo prima valutazione se necessario

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		16 febbraio 2026

Ginecologo	Dopo prima valutazione se necessario
Otorinolaringoiatra	Dopo prima valutazione se necessario
Urologo	Dopo prima valutazione se necessario
Oculista	Dopo prima valutazione se necessario

Tutte le consulenze effettuate devono essere scritte o comunque essere registrate su sistema GIPSE /Advice

→ **Ospedale Dono Svizzero Formia (PST)**

In considerazione delle risorse disponibili, presso l'ospedale di Formia è possibile costituire un Trauma Team "funzionale" attivabile in tempi brevi dall'allerta e/o dall'arrivo del paziente traumatizzato.

Il ruolo di Team Leader sarà assolto dal **Medico della Medicina D'Urgenza** fatti salvi i casi in cui lo stesso non sia già impegnato con un'emergenza in reparto (**in questo caso il ruolo di team leader sarà assolto temporaneamente dal Medico della Medicheria 1 in attesa dell'arrivo del Medico della medicina d'urgenza entro i successivi 15 minuti**)

Al fine di ottimizzare le risorse presenti nella struttura, l'attivazione del trauma Team è basata su due livelli di risposta, in base alle criticità presentate dal paziente traumatizzato, applicando un modello inclusivo.

Trauma chiuso con triage rosso per criteri anatomici e/o dinamici e/o fattori di rischio (p.e. età, gravidanza etc.), senza instabilità respiratoria e/o emodinamica

Componente Trauma Team	Modalità attivazione
Medico medicina urgenza di turno al PS	All'arrivo del paziente
Medico PS predesignato h24	All'arrivo del paziente
IP PS predesignato	All'arrivo del paziente
IP triage	All'arrivo del paziente
Radiologo	All'arrivo del paziente
Tecnico radiologia	All'arrivo del paziente

In base alla valutazione primaria il Team Leader stabilirà il coinvolgimento delle altre figure specialiste:

- Medico Rianimatore reperibile (arrivo entro 15 minuti dalla chiamata)
- Chirurgo reperibile (arrivo entro 30 minuti dalla chiamata)
- Ortopedico reperibile (arrivo entro 60 minuti dalla chiamata)
- Ginecologo reperibile (arrivo entro 60 minuti dalla chiamata)
- Pediatra reperibile al (arrivo entro 60 minuti dalla chiamata)
- Tecnico di medicina trasfusionale reperibile (entro 60 minuti dalla richiesta)

Per le figure non presenti (urologo, chirurgo vascolare, neurochirurgo, neurologo, infettivologo) la consulenza viene effettuata attraverso sistema GIPSE/Advice, previa chiamata telefonica al medico specialista reperibile c/o CTZ Osp S. M. Goretti

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

Trauma aperto e/o trauma chiuso con triage rosso con instabilità respiratoria e/o emodinamica

LIVELLO 2	
Componente Trauma Team	Modalità attivazione
<i>Medico med urg turno al PS</i>	All'arrivo del paziente
<i>Rianimatore Anestesista</i>	All'arrivo del paziente
<i>IP PS predesignato</i>	All'arrivo del paziente
<i>IP Triage</i>	All'arrivo del paziente
<i>Tecnico laboratorio</i>	All'arrivo del paziente
<i>Medico serv trasfusionale</i>	All'arrivo del paziente
<i>Radiologo</i>	All'arrivo del paziente
<i>Tecnico radiologia</i>	All'arrivo del paziente

Il Team leader attiva immediatamente Rianimatore Anestesista

Se sussiste la necessità saranno attivabili le seguenti figure professionali:

- Ortopedico reperibile arrivo entro 30 minuti dalla chiamata)
- Ginecologo reperibile arrivo entro 30 minuti dalla chiamata)
- Pediatra reperibile al arrivo entro 30 minuti dalla chiamata)
- I.P. Di sala operatoria (attivazione entro 30 minuti dalla chiamata)

Il medico d'Urgenza di PS Attiva centralizzazione secondaria presso CTS/CTZ, stabilizzato il paziente, per le attività inerenti alle specialistiche non presenti (urologia, chirurgia vascolare, neurochirurgia, urologia)

Per le figure non presenti (urologo, chirurgo vascolare, neurochirurgo, neurologo, infettivologo) la consulenza viene effettuata attraverso sistema GIPSE/Advice, previa chiamata telefonica al medico specialista reperibile c/o CTZ Osp. S. M. Goretti

Tutte le consulenze effettuate devono essere scritte o comunque essere registrate su sistema GIPSE/Advice

→ Ospedale A Fiorini Terracina. (PST)

Il protocollo gestionale in vigore presso il DEA di Formia può essere adottato anche del PS di Terracina poiché sono presenti le risorse essenziali per provvedere alla stabilizzazione primaria e possono essere messe in atto alcune tecniche di Damage Control strategy.

Tuttavia per il protocollo organizzativo, in considerazione del diverso organigramma, legato alla mancanza di alcune figure professionali devono essere applicate alcune modifiche.

L'attivazione del trauma Team sarà ugualmente basata su due livelli di risposta, in base alle criticità presentate dal paziente traumatizzato, applicando un modello inclusivo.

Trauma chiuso con triage rosso per criteri anatomici e/o dinamici e/o fattori di rischio (p.e. età, gravidanza etc.), senza instabilità respiratoria e/o emodinamica

Componente Trauma Team	Modalità attivazione
Medico med urg turno al PS	All'arrivo del paziente
Medico PS predesignato h24	All'arrivo del paziente
IP PS predesignato	All'arrivo del paziente
IP triage	All'arrivo del paziente
Radiologo	All'arrivo del paziente*
Tecnico radiologia	All'arrivo del paziente
Ausiliario PS	All'arrivo del paziente

In base alla valutazione primaria il Team Leader stabilirà il coinvolgimento delle altre figure specialiste
Medico Rianimatore presente in struttura h24

Chirurgo presente in struttura h24

*Nel caso in cui non fosse presente radiologo non essendo possibile effettuare una eventuale TC con mdc il paziente viene stabilizzato ed inviato presso centro di livello superiore (CTS o CTZ sulla base dei criteri definiti nelle tabelle 3 e 4)

Trauma aperto e/o trauma chiuso con triage rosso con instabilità respiratoria e/o emodinamica

LIVELLO 2	
Componente Trauma Team	Modalità attivazione Tel
Medico med urg turno al PS	All'arrivo del paziente
Rianimatore Anestesista	All'arrivo del paziente
IP PS predesignato	All'arrivo del paziente
IP Triage	All'arrivo del paziente
Tecnico laboratorio	All'arrivo del paziente
Medico serv trasfusionale	All'arrivo del paziente
Radiologo	All'arrivo del paziente
Tecnico radiologia	All'arrivo del paziente

Il Team leader attiva immediatamente Rianimatore Anestesista

Se sussiste la necessità saranno attivabili le seguenti figure professionali

I.P. Di sala operatoria attivazione entro 30 minuti dalla chiamata

Per le figure non presenti (urologo, chirurgo vascolare, neurochirurgo, neurologo, infettivologo) la consulenza viene effettuata attraverso sistema GIPSE/Advice, previa chiamata telefonica al medico specialista reperibile

Tutte le consulenze effettuate devono essere scritte o comunque essere registrate su sistema GIPSE/Advice

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave	 REGIONE LAZIO
		Rev.: 01
		16 febbraio 2026

Osp S. Giovanni di Dio Fondi (PS)

In considerazione delle risorse limitate non possiede tutti i requisiti necessari per la rete trauma grave. In caso di accesso autonomo provvede alla stabilizzazione del paziente ed al trasferimento presso struttura di livello superiore a seconda della situazione clinica e sulla base dei criteri clinici

8.2.4 Attivazione centralizzazione secondaria presso CTS/CTZ,

Stabilizzato il paziente, andrà organizzato il trasferimento presso struttura di livello superiore

TAB 3 Centralizzazione secondaria verso il CTS AO San Camillo Roma

Tabella 6 – Criteri per la centralizzazione secondaria del paziente verso CTS		
LESIONI	CRITERI DI CENTRALIZZAZIONE	SPECIFICITÀ ETÀ PEDIATRICA
CRANIO-ENCEFALO	<ul style="list-style-type: none"> - GCS \leq 8 (con o senza esecuzione TC) - GCS da 9 a 13 con positività di lesione cranio-encefalica alla TC 	<ul style="list-style-type: none"> - inferiore ai 5 anni comunque - PedGCS da 9 a 13 indipendentemente dalla presenza di lesione cranioencefalica
FACCIA	<ul style="list-style-type: none"> - fratture complesse con emorragia massiva - compromissione delle vie aeree 	
RACHIDE	<ul style="list-style-type: none"> - lesioni midollari complete o incomplete - lesioni amieliche ma instabili - lesioni della colonna amieliche instabili e le lesioni midollari complete e incomplete 	<ul style="list-style-type: none"> - sospetta lesione midollare
TORACE	<ul style="list-style-type: none"> - trauma toracico con sospetta lesione dei grandi vasi - contusione polmonare severa che richiede ventilazione 	
ADDOME	<ul style="list-style-type: none"> - lesioni addominali non risolvibili sul posto in maniera definitiva secondo la damage control surgery - lesioni multiple complesse dell'addome dopo il trattamento acuto 	
PELVI	<ul style="list-style-type: none"> - frattura complessa del bacino con emorragia massiva - frattura esposta di bacino 	
ARTI	<ul style="list-style-type: none"> - lesioni multiple complesse - amputazione con possibilità di reimpianto - lesioni neuro vascolari - crush sindrome 	
EMORRAGIA o DEFICIT COAGULAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - emorragie persistenti per eventuale necessità di embolizzazione - coagulopatia da trauma - patologie congenite del sistema emopoietico e della coagulazione 	

In caso di accesso presso presidi aziendali PST/PS (Terracina Formia Fondi, Casa di Cura Città di Aprilia , I.C.O.T.) o presso Osp. Anzio Nettuno può essere attivata la **centralizzazione secondaria verso il CTZ**


 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

L'attivazione della Centralizzazione Secondaria avviene attraverso teleconsulto tramite sistema Advice , allertando per contatto telefonico al numero 0773 6553011 del CTZ o al numero 0658701 del CTS.

TAB 4 Centralizzazione secondaria verso CTZ Presidio S. Maria Goretti Latina)

TRAUMA DEL DISTRETTO CRANIO FACIALE	Positività di lesione cranio-encefalica alla TC; Trauma cranico grave, anche, con necessità di intervento NCH, se sono presenti lesioni complesse e/o emorragiche di altri distretti;
TRAUMA DEL MIDOLLO	Lesioni amieliche ma instabili; Tutte le lesioni mieliche complete o incomplete
TRAUMA TORACICO	solo per i presidi non provvisti di rianimazione e/ o sub intensiva contusione polmonare severa che richiede ventilazione;
TRAUMA DELL'ADDOME	Lesioni addominali non risolubili sul posto in maniera definitiva secondo la damage control surgery ; Lesioni multiple complesse dell'addome dopo il trattamento acuto; Traumi addominali che necessitano di radiologia interventistica
TRAUMA DELLA PELVI:	Lesioni complessa anello pelvico con o senza instabilità circolatoria
TRAUMI OCULARI APERTI	Ferite penetranti del bulbo Ferite perforanti del bulbo Scoppio del bulbo
FRATTURA DEGLI ARTI	Lesioni neuro vascolari; Crush sindrome;
ALTRE CONDIZIONI	Emorragie persistenti per eventuale necessità di embolizzazione Coagulopatia da trauma Patologie congenite del sistema emopoietico e della coagulazione. Traumi urologici Donne in gravidanza se condizioni stabili e trasportabili, dalla 27 settimana alla 34 settimana in caso di rischio di parto pretermine

Nelle condizioni in cui sia indicata la centralizzazione secondaria (presso CTS o CTZ sulla base dei criteri definiti) l'attività assistenziale del Presidio Ospedaliero, sede del trasporto primario, deve considerare come obiettivo la stabilizzazione del paziente, finalizzata a un trasporto rapido in sicurezza, contenendo i tempi della diagnostica.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

Preparazione del paziente

Prima di iniziare il trasferimento di ogni paziente si deve:

- Procedere ad un adeguato controllo delle vie aeree anche con eventuale intubazione tracheale;
- Posizionare due vie venose di calibro adeguato, accuratamente fissate, o CVC;
- Posizionare un accesso arterioso ma solo se necessario al monitoraggio emodinamico e se non ritarda la procedura di invio;
- eseguire sempre un EGA pre-trasporto;
- Posizionare un SNG o SOG (se sospetta frattura della base cranica);
- Posizionare un catetere vescicale, se non controindicazioni;
- Garantire un'adeguata protezione termica;
- Garantire, se indicato, l'eventuale sedazione e/o analgesia;
- Sospendere eventuali terapie in corso non indispensabili (nutrizione, ecc);
- Escludere la presenza di un pneumotorace (controindicazione al trasporto mediante elisoccorso) o provvedere ad eventuale decompressione;
- Escludere lesioni emorragiche (addominali e/o toraciche) suscettibili di trattamento chirurgico prima del trasporto;
- Immobilizzare tutti i focolai di frattura certi o dubbi, ponendo particolare attenzione al rachide in toto;
- Posizionare il paziente su tavola spinale;
- Posizionare collare cervicale di taglia adeguata e immobilizzazione del capo, se non esclusione certa di lesioni cervicali con opportune indagini;
- Posizionamento del sistema ragno, se il trasferimento avviene mediante elisoccorso;
- Fissare accuratamente eventuali drenaggi e verificarne il corretto funzionamento, in particolare quelli toracici, prima del trasporto

Fare riferimento alla procedura aziendale "Raccomandazione per la morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto secondario, Ospedaliero/Extraospedaliero - Aggiornamento del 04/02/2026 <https://www.ausl.latina.it/attachments/article/749/R11d.pdf>

In caso di Ustioni → Centralizzazione secondaria verso centro HUB S. Eugenio Roma

Nei casi in cui sia indicata la centralizzazione secondaria presso CTS la struttura spoke, sede del trasporto primario deve provvedere alla stabilizzazione del paziente focalizzata al trasporto del paziente e nel caso di tempistiche non compatibili con le procedure terapeutiche tempo dipendenti l'ARES 118 deve essere attivato per il trasporto secondario in continuità di soccorso secondo quanto previsto nella determina G12771 del 10/10/2018

Il trasferimento deve essere eseguito in sicurezza secondo criteri e modalità indicate da specifico protocollo prodotto dall'Ares 118 in cui siano inclusi i seguenti principi

1. presenza di collare cervicale in situ e immobilizzazione su asse spinale;
2. vie aeree pervie o controllo delle vie aeree con intubazione tracheale;

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

3. aumento della FiO₂ necessaria a mantenere una saturazione di O₂ superiore al 95% e eventuale decompressione efficace in presenza di pneumotorace;
4. emostasi per compressione di tutti i foci di sanguinamento visibili e contenzione delle lesioni complesse del bacino con fascia pelvica;
5. invio della documentazione completa:
 - GIPSE e/o cartella di ricovero con indicata l'evoluzione clinica e i trattamenti attuati;
 - immagini controllando la loro effettiva disponibilità su supporto magnetico;
 - numero unità di emazie, plasma, piastrine eventualmente trasfuse c/o inviate, fattori della coagulazione infusi;
 - descrizione completa degli atti chirurgici e della documentazione anestesiologicala.

In caso di trauma maxillo faciale medico PS contatta Anestesista (team leader Trauma Center) per concordare il trasferimento presso HUB

In caso di Ustione centralizzare presso S. Eugenio previ accordi telefonici con il Centro (06 5100 2202)

Le immagini radiologiche vengono condivise attraverso sistema aziendale per i presidi aziendali o attraverso TeleAdvice per le sedi extraaziendali regionali

8.2.5 Fase presa in carico

Valutazione primaria

Il TFMT prende in carico il paziente secondo la seguente strategia:

- Conoscenza approfondita dell'evento e tempistica del soccorso, condizioni concomitanti, terapie farmacologiche
- Considera ulteriori fattori di rischio:
 - I. Tempo di soccorso > a 20'
 - II. Presenza di enfisema sottocutaneo
 - III. Presenza di emorragia esterna non controllata o controllata con tourniquet
 - IV. Episodio di ipotensione durante soccorso con PAS < a 90 mmHg e in età pediatrica secondo i valori normali per età
 - V. Ipotermia con TC < a 36°
- Valutazione primaria e secondaria secondo i criteri dell'Advanced Trauma Life Support
- Valutazione ABCDE (**allegato 1**)
Assume come riferimento il concetto di instabilità clinica su cui monitorizzare il percorso decisionale fondato su tre condizioni di criticità:

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

- a) Respiratoria: problema non risolto su A e B (mancata pervietà delle vie aeree, grave compromissione degli scambi gassosi su emopnx, embolia polmonare, grave instabilità della parete toracica per fratture);
- b) Perfusionale: BE < -6, lattati > 5 mmol/l, T < 36°, PAS < 90 mmHg ;
- c) Coagulativa: score per l'attivazione del protocollo di trasfusione massiva

- Attivazione Strategia Damage control (**Allegato 2**)
- Eventuale Attivazione protocollo trasfusione massiva (**Allegato 3**)
- Eventuale Applicazione Protocollo gestione dei pazienti in trattamento con anticoagulanti (**Allegato 4**)
- Eventuale Applicazione protocollo di profilassi antibiotica per le fratture esposte (**Allegato 5**)
- Lesioni al rachide mantenimento della protezione della colonna fino alla effettuazione RMN urgente in caso di sindrome neurologica completa/incompleta, differibile entro 24 h nel paziente amielico come approfondimento diagnostico preoperatorio
- Esami di laboratorio
 - Emocromo completo , coagulazione compreso fibrinogeno, esami routine
 - Enzimi cardiaci nei traumi toracici complessi
 - Amilasi nei traumi addominali
 - Emogas analisi con determinazione lattati
 - Mioglobina nei traumi complessi
 - Ricerca Beta HCG nelle donne in età fertile

Assume come elementi di riferimento la seguente tempistica:

- decisione chirurgica entro 30' nelle condizioni di instabilità clinica;
- completamento diagnostico entro 60' in condizioni di stabilità;
- attuazione del trattamento definitivo entro 90';
- decisione per il trasferimento entro 120'(centralizzazione)

Diagnostica I livello in sala emergenza

In presenza di paziente instabile o di trauma ad alta complessità la diagnostica di primo livello deve essere eseguita in sala di emergenza contestualmente alle manovre di rianimazione senza determinare ritardi nell'esecuzione di procedure di emergenza:

- **radiografia del torace in antero-posteriore** permette l'identificazione di pneumotorace, emotorace, contusione polmonare, lembo costale;
- **radiografia del bacino in antero-posteriore** permette di valutare la presenza e le caratteristiche della fratture della pelvi;
- **ecografia Extended-FAST** per verificare la presenza di liquido nelle cavità e l'eventuale presenza di emotorace. La sua ripetizione a breve può aumentare la sensibilità e specificità.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	---

Nel caso di trauma con paziente emodinamicamente **stabile** si procede direttamente con esame **TC total body con mdc con protocollo politrauma** che prevede le seguenti modalità:

- **Studio basale** senza mdc che comprende **cranio+massicciofaciale+rachide cervicale**
- **Studio contrastografico** comprendente:

Fase arteriosa a circa 30" dall'inizio della somministrazione in bolo di mdc iodato, tramite iniettore automatico, in una vena antecubitale mediante un'agocannula di almeno 18 gauge con flusso > 3 ml/sec e con un'acquisizione estesa dal Poligono di Willis alla sinfisi pubica comprendente **collo+torace+addome+pelvi**. In casi selezionati lo studio può essere esteso agli arti superiori/inferiori se si sospettano gravi lesioni vascolari.

Fase venosa a 70" dall'inizio della somministrazione ev di mdc iodato ed estesa dalle cupole diaframmatiche alla sinfisi pubica comprendente quindi **addome+pelvi** per la valutazione delle lesioni parenchimali e viscerali consentendo di stabilirne il grado di severità in accordo con la classificazione dell'American Association for Surgery of Trauma (AAST).

In caso di sospetta lesione delle vie escretrici e della vescica (lesioni bacino) è opportuno procedere con una **fase tardiva** a 360 "dalla somministrazione ev di mdc, ovviamente chiudendo il catetere vescicale. Lo studio TC viene completato da ricostruzioni MPR e se necessario 3D.

La prima lettura delle immagini permette al radiologo entro 30' di emettere un referto provvisorio anche orale riguardo alle principali lesioni. Segue entro breve il referto definitivo stilato in base al postprocessing concluso il quale il radiologo ricontatta il team leader per l'aggiornamento in caso di diagnosi nuove e significative.

Nel paziente stabile dopo aver effettuato l'esame TC, può essere necessario eseguire esami di radiologia tradizionale mirati alla valutazione dell'integrità di determinati segmenti ossei o ad una rivalutazione del torace post procedurale (posizionamento drenaggi pleurici, CVC, ecc).

8.2.6 Continuità assistenziale

La presa in carico del paziente con "trauma grave" è attuata entro le 24 ore successive all'accesso del trauma grave finalizzata all'esecuzione delle procedure nei tempi ottimali, ai trattamenti definitivi, al precoce cambio dei setting assistenziali e al precoce recupero riabilitativo.

La decisione del reparto di ricovero viene concordata nell'ambito del TFMT sulla base della lesione di maggiore gravità

La fase di continuità assistenziale è gestita dal TFMT, a cui è demandato il supporto della continuità assistenziale specifica, in collaborazione con l'unità operativa di ricovero e i chirurghi o specialisti operatori, salvo le condizioni che richiedono interventi di emergenza/urgenza.

Il ruolo di coordinamento è assunto dal medico di turno della unità operativa di degenza che ha preso in carico/ricoverato il paziente

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

Nel caso di indicazione ad effettuare procedura di **radiologia interventistica** è necessario che il paziente disponga di posto letto. Il medico del PS Team Leader in collaborazione con il bed manager provvede in tal senso.

Per i pazienti con Accesso a Formia o Terracina deve essere predisposto il trasferimento in urgenza del paziente per la procedura. Anche in questo caso il Medico di PS in collaborazione con il bed manager provvede a trovare la disponibilità del posto letto

Il trattamento non operativo (TNO) costituisce una scelta terapeutica nelle lesioni parenchimali addominali nel paziente stabile dopo valutazione e mappaggio tomografico della lesione stessa secondo il CT severity index.

Le indicazioni di evidenza sono le seguenti:

1. il TNO **non** deve essere eseguito in presenza di instabilità emodinamica o di peritonite diffusa o di altre lesioni addominali che richiedono l'intervento chirurgico ;
2. il grado di lesione parenchimale, lo stato neurologico, l'età e la presenza di lesioni associate non sono controindicazioni assolute;
3. Nei casi con possibilità di evoluzione il TNO deve essere eseguito in una struttura in grado di monitoraggio clinico e strumentale, angiografia entro 1 h, e con disponibilità di sala operatoria h 24;
4. L'ospedale che attua TNO deve sviluppare un percorso di monitoraggio clinico ed ecografico con mdc sia nella fase di ricovero che di dimissione protetta.

Il rischio di fallimento avviene, principalmente, nei primi giorni successivi al trauma in relazioni a lesioni di grado maggiore AIS pari o superiore a 3 e ISS superiore a 25.

L'embolizzazione angiografica, le tecniche endoscopiche ed interventistiche sono parte integrante di questo trattamento;

In caso di TNO, deve essere valutata la possibile evolutività e definito il reparto di presa in carico che garantisca il monitoraggio clinico e radiologico sia nella fase di ricovero che di dimissione protetta

Il Team fornisce un supporto per la corretta codifica dei traumi nella SDO dei codici ICD9 di diagnosi e documento regionale "linee guida per la codifica dei traumi per gravità"

8.2.7 Riabilitazione Precoce

La riabilitazione precoce è parte integrante ed indispensabile del percorso di cura del paziente con trauma grave. In questa fase gli obiettivi del trattamento riabilitativo consistono nella prevenzione dei danni secondari motori, respiratori, cardiovascolari e nel recupero delle autonomie motorie di base.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

Ruolo dell'infermiere

L'infermiere:

-attua le procedure per la prevenzione dei danni conseguenti all'immobilità ed alla compromissione funzionale con il supporto del fisioterapista:

- contenimento della rigidità articolare indotta dall'immobilità
- conservazione dell'integrità cutanea
- profilassi delle infezioni respiratorie e delle TVP

-entro le prime 24 h applica lo screening della disfagia, utilizzando il Dysphagia Risk Score (**allegato6**). In base al risultato del test, il medico di reparto richiede o meno la consulenza logopedica.

Diversamente, l'intervento del logopedista può essere richiesto dal fisiatra al momento della presa in carico riabilitativa. In tal caso la presa in carico da parte del logopedista avviene entro 24 ore dalla consulenza fisiatrica.

Ruolo dell'OSS

L'OSS:

-collabora con l'infermiere ed il fisioterapista nell'attuare le procedure per la prevenzione dei danni conseguenti all'immobilità ed alla compromissione funzionale

Ruolo del logopedista.

Il logopedista:

- stabilisce la capacità del paziente di alimentarsi ed indica il tipo di dieta idonea per il paziente e il compenso posturale da seguire per una sicura alimentazione
- in caso di ricorso alla Nutrizione Enterale (NE), assiste il paziente durante lo svezzamento dal Sondino Naso- Gastrico (SNG) nel graduale ripristino della nutrizione per os
- quando le condizioni cliniche del paziente lo consentono, effettua una valutazione clinica del linguaggio attraverso prove di produzione verbale e somministra i test per afasia
- fornisce al *care giver* ed al personale che interagisce con il paziente informazioni utili alla interazione comunicativa
- al momento della presa in carico riabilitativa, collabora con il fisiatra alla stesura del del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e alla definizione del *setting* riabilitativo alla dimissione

Ruolo del fisiatra

Valutazione iniziale

Il percorso riabilitativo inizia con la richiesta da parte del reparto per acuti di una consulenza fisiatrica, da **effettuarsi entro 48 ore dal ricovero.**

Il fisiatra:

-valuta le condizioni cliniche del paziente ed accerta l'indicazione al trattamento riabilitativo precoce

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE F ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

- effettua una valutazione del grado di disabilità, utilizzando eventuali scale di valutazione
- se necessario richiede l'intervento del logopedista
- formula una prognosi riabilitativa
- effettua la presa in carico riabilitativa
- definisce il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) con l'indicazione degli obiettivi a breve termine in collaborazione con il fisioterapista ed il logopedista
- se possibile individua il *setting* riabilitativo alla dimissione in collaborazione con il fisioterapista ed il logopedista

La consulenza fisiatrica va riportata sulla scheda riabilitativa (**allegato 7**) ed inserita nella cartella clinica del paziente. Una copia della scheda riabilitativa e della scheda fisioterapica va allegata alla documentazione clinica del paziente all'atto della dimissione dal reparto per garantire la continuità del percorso riabilitativo.

Il PRI è un insieme di proposizioni formulato su un modello bio-psico-sociale. Il PRI deve tener conto della prognosi funzionale e del margine di modificabilità del quadro di disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma, nonché della situazione familiare e dei fattori ambientali e personali, applicando il concetto di appropriatezza prescrittiva ed erogativa. Il PRI deve essere formulato in ogni *setting* riabilitativo e condiviso con i medici specialisti del reparto e con le altre figure professionali coinvolte, con il paziente ed i suoi familiari.

In fase acuta il PRI deve avere i seguenti obiettivi:

- prevenire le complicanze legate alla immobilità
- promuovere il recupero funzionale
- valutare i bisogni socio-assistenziali
- facilitare il trasferimento tempestivo presso le unità riabilitative ospedaliere e territoriali secondo criteri definiti a livello regionale

Il PRI viene aggiornato sulla base della evoluzione clinica e della durata della degenza

Rivalutazione

Viene effettuata dopo stabilizzazione clinica del paziente, previa richiesta di consulenza fisiatrica da parte del medico del reparto dove il paziente è stato destinato (neurochirurgia, ortopedia, chirurgia generale, medicina ecc)

Il fisiatra:

- rivaluta le condizioni cliniche del paziente, la presenza di comorbidità, le potenzialità di recupero e la partecipazione ai programmi riabilitativi
- ridefinisce il PRI e gli obiettivi riabilitativi
- individua il *setting* riabilitativo alla dimissione
- ove ve ne sia indicazione, prescrive eventuali ausili per il paziente. La prescrizione degli ausili può essere effettuata in alternativa da parte dei medici specialisti abilitati (neurologo, geriatra), secondo la

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 01</p> <hr/> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

normativa vigente (Det.n.G10686 reg.Lazio del 05/09/2019- *Linee di indirizzo regionali per l'assistenza protesica*)

Ruolo del Fisioterapista.

La presa in carico da parte del fisioterapista avviene **entro 24 ore dalla esecuzione della consulenza fisiatrica**

Il Fisioterapista :

- esegue le valutazioni di competenza
- somministra le opportune scale di valutazione e collabora con l'infermiere per calcolare l'indice di Barthel all'ingresso e alla dimissione, utilizzando la scheda di Barthel modificata (**allegato 8**). L'indice di Barthel ha lo scopo di stabilire il grado di indipendenza del paziente nelle ADL (*Activities of Daily Living*), ossia le attività della vita quotidiana. Rappresenta uno strumento per verificare il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi e per identificare il setting riabilitativo alla dimissione
- imposta il programma riabilitativo definendo le modalità e i tempi di attuazione
- esegue quotidianamente i trattamenti riabilitativi in base alle condizioni cliniche del paziente
- lavora in *equipe* con l'infermiere e l'OSS nell'adottare specifiche misure preventive per minimizzare gli effetti dell'immobilità e per la prevenzione del danno secondario
- al momento della presa in carico riabilitativa, collabora con il fisiatra alla stesura del PRI e alla definizione del *setting* riabilitativo alla dimissione
- riporta nella cartella riabilitativa il programma riabilitativo, le valutazioni ed aggiorna il diario per la registrazione dei trattamenti riabilitativi eseguiti (**allegato 9**).

8.2.8 Rinvio di pazienti dai centri hub agli ospedali di provenienza (back transfert)

Il rientro di un paziente da un centro di livello superiore a uno di livello inferiore è un'opportunità gestionale che può essere attivata nei seguenti casi:

1. pazienti con centralizzazione secondaria da un Centro Spoke all'Ospedale sede di CTS/CTZ, che abbiano completato i trattamenti specifici da parte del Team multidisciplinare;
2. Pazienti con centralizzazione primaria verso l'Ospedale sede di CTS/CTZ, che abbiano completato i trattamenti specifici da parte del Team multidisciplinare e possono essere inviati all'Ospedale di riferimento per la sua residenza dotato delle competenze necessarie a completare il percorso clinico

La procedura di *back transfer*, o "trasferimento di ritorno", si riferisce al rientro di un paziente nel presidio sanitario di provenienza (SPOKE) dopo aver ricevuto prestazioni specialistiche o di emergenza in un'altra struttura (HUB).

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

Fasi della procedura:

1. Valutazione della necessità:

Il medico di turno nel Reparto o Servizio che ha preso in carico il paziente nell'ospedale di riferimento valuta se sussistono le condizioni per il ritorno al presidio di provenienza. Comunica quindi tale intenzione al Bed Manager Aziendale tramite mail istituzionale (bedmanager.smgoretti@ausl.latina.it). Il Bed Manager verifica la disponibilità di posto letto presso la struttura di provenienza e informa il Reparto/Servizio che ha in carico il paziente.

2. Consenso del paziente:

È fondamentale acquisire il consenso informato del paziente (o dei suoi familiari) al trasferimento, spiegando le motivazioni e le modalità.

3. Comunicazione con il presidio di origine:

Il medico del presidio di riferimento, acquisita la disponibilità di posto letto da parte del Bed Manager, contatta il medico del presidio di origine per informarlo del previsto trasferimento e condividere le informazioni cliniche necessarie.

4. Organizzazione del trasferimento:

L'organizzazione del trasferimento al presidio di provenienza è a carico del centro di riferimento

La modulistica prevede che il medico inviante richieda il trasporto infermieristico o medico e, in questo caso, l'eventuale necessità dello specialista rianimatore.

5. Documentazione:

La cartella clinica del paziente viene aggiornata con le informazioni relative al trasferimento, inclusi i motivi, la data, l'ora e i dettagli del trasporto.

6. Accoglienza al presidio di origine:

Al suo arrivo, il paziente viene accolto nel reparto di competenza e viene garantita la continuità assistenziale.

Aspetti importanti:

- **Sicurezza del paziente:**

La priorità è sempre la sicurezza del paziente durante il trasferimento (rispetto dei protocolli).

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

- **Collaborazione tra presidi:**

Il *back transfer* richiede una stretta collaborazione tra i diversi presidi sanitari coinvolti per garantire una adeguata continuità assistenziale.

- **Documentazione accurata:**

È fondamentale che tutta la procedura sia documentata in modo preciso e completo, per garantire la **tracciabilità delle azioni e la trasparenza della pratica.**

8.2.9 Gestione del trauma grave in età pediatrica

Come da linee di indirizzo della Determinazione 13 febbraio 2025, n. G01810 per la gestione del trauma grave nella fascia di età < 18 anni si fa riferimento alla Rete Trauma Grave Pediatrica , per cui il 118 provvede al trasporto presso il cui CTS pediatrico di riferimento ovvero il Bambino Gesù'

In caso in cui acceda ai PS dei presidi aziendali un paziente con trauma grave di età < ai 18 anni sarà importante attuare :

- la valutazione dei parametri emodinamici del paziente pediatrico ed il loro successivo andamento nel tempo, basandosi su scale dei valori rapportate all'età del soggetto.
- dovrà anche essere predisposta una valutazione, ripetuta nel tempo, del trauma score pediatrico, del PECARN e del Glasgow coma scale, che comprenda anche la valutazione del diametro pupillare e della reattività alla luce.
- dovrà essere attuata una stabilizzazione emodinamica di emergenza prima di qualsiasi trasferimento

In caso di accesso ai presidi di Formia, Terracina, Fondi il bambino ha come punto di destinazione il Bambino Gesù ma deve essere prima stabilizzato nel PS di arrivo

Esclusivamente nel caso vi fosse difficoltà alla stabilizzazione potrà essere valutato l'invio presso Osp S.M.Goretti a Latina per una ottimizzazione della stabilizzazione, solamente nei casi in cui sia disponibile un trasporto sufficientemente rapido da garantire il trasporto in sicurezza nelle condizioni instabili del paziente.

Il team di ricezione presso Osp. S.M. Goretti avrà caratteristiche multidisciplinari e comprenderà. un neurochirurgo, un pediatra, un anestesista, un ortopedico e un chirurgo.

In caso di trauma cranico il neurochirurgo di turno presso Osp S. M.Goretti sarà il riferimento

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

la UOC di Neurochirurgia di Latina conferma la disponibilità a trattamento specialistico dei casi pediatrici (traumi cranioencefalici gravi e lesioni vertebromidollari complesse) che riconoscano criteri di emergenza neurochirurgica afferenti al pronto soccorso dell'Osp. S.M. Goretti, salvo poi trasferimento presso centro di riferimento regionale.

Per la gestione dei pazienti pediatrici valutati presso il PS degli altri presidi ospedalieri della ASL latina, la UOC Neurochirurgia si rende disponibile laddove le dinamiche e tempistiche di trasferimento presso Centro di Riferimento Regionale espongano il paziente stesso ad un rischio tempo dipendente

Il trasporto di questi pazienti dovrà essere attuato con un'ambulanza che preveda a bordo la presenza di un anestesista.

Dopo la stabilizzazione emodinamica e un eventuale intervento di neurochirurgia, i bambini potranno essere trasferiti nelle aree di competenza più appropriate di terapia intensiva pediatrica.

8.3 FASE POST OSPEDALIERA -RIABILITAZIONE

La continuità assistenziale tra la fase acuta ospedaliera e le diverse fasi della post-acuzie rappresenta una condizione indispensabile per garantire il miglior recupero della persona con esiti di trauma grave. In questa fase il PRI dovrà perseguire i seguenti obiettivi:

- rendere nuovamente in grado il paziente di gestire la vita di tutti i giorni, con o senza l'aiuto di altre persone
- aiutare il paziente a convivere nel miglior modo possibile con eventuali menomazioni permanenti
- trattare o contenere gli effetti negativi dovuti all'evento in termini di complicanze fisiche, psichiche e sociali
- indicare le eventuali modifiche dell'ambiente di vita per il superamento delle barriere architettoniche

Sulla base delle condizioni cliniche delle comorbidità, del grado di disabilità e delle potenzialità di recupero il paziente viene quindi indirizzato nell' appropriato livello assistenziale di riabilitazione.

Nell'ambito delle attività di riabilitazione si distinguono **tre livelli assistenziali**:

- a. Attività di riabilitazione intensiva:* dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico e terapeutico in termini di complessità e/o durata dell'intervento (orientativamente riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica erogate dal personale tecnico della riabilitazione, quale, ad esempio, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, l'educatore professionale). La riabilitazione intensiva avviene nella fase immediatamente successiva all'acuzie. Il trattamento riabilitativo può svolgersi in ambito ospedaliero ed extraospedaliero, in regime residenziale, di *day hospital* e ambulatoriale.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

b. Attività di riabilitazione estensiva o intermedia: caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale. Vi accedono pazienti non autosufficienti, con potenzialità di recupero funzionale, con comorbidità, che non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo oppure pazienti che devono completare il processo di recupero dopo riabilitazione intensiva. Vi accedono inoltre pazienti con patologie disabilitanti a interessamento multiorgano ad alta complessità.

Le attività di riabilitazione estensiva sono erogabili in ambito ospedaliero ed extraospedaliero, in regime residenziale a ciclo continuo o diurno. L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno un'ora giornaliera.

c. Attività di mantenimento: dirette al mantenimento degli obiettivi raggiunti ed alla prevenzione della progressione della disabilità.

8.3.1 Setting di riabilitazione

La rete riabilitativa si articola in una serie di servizi ospedalieri ed extraospedalieri a cui il paziente può afferire dopo il ricovero in reparto per acuti.

I diversi *setting* assistenziali si distinguono in ospedalieri e territoriali.

La scelta del regime ospedaliero o territoriale dipende sostanzialmente dalle condizioni cliniche generali del paziente e dalla necessità o meno di sorveglianza medica nelle 24 ore.

I criteri clinici di ammissione, non esclusione ed esclusione per le diverse strutture nonché le modalità di accesso ai vari *setting* ospedalieri e territoriali sono indicati nel Testo Unico di Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi (DCA n. U00226 del 5 giugno 2018).

SETTING RIABILITATIVI OSPEDALIERI:

Trattamento intensivo in unità di riabilitazione intensiva (cod.56)

Vanno inviati nei reparti di riabilitazione intensiva post-acuzie pazienti:

- che necessitano di un nursing infermieristico articolato nelle 24 ore e di una sorveglianza medica continua
- con presenza di menomazioni e disabilità importanti e complesse con potenzialità di recupero
- con condizioni cliniche e comorbidità compatibili con la partecipazione a programmi riabilitativi che richiedono, in ragione della grave disabilità e delle condizioni cliniche, programmi di riabilitazione intensiva di almeno 3 ore giornaliere.

Trattamento intensivo ad alta specializzazione :

Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici.(cod.75)

Unità per le mielolesioni (Unità spinale e centro spinale)(cod.28)

Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite e gravi traumi encefalici (cod.75)

Vanno inviati in questo setting riabilitativo soggetti affetti da:

- esiti di grave cerebrolesione acquisita (GCA) di origine traumatica o di altra natura, caratterizzata nell'evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (Glasgow Coma Scale -GCS ≤8) ove

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 01</p> <hr/> <p>16 febbraio 2026</p>
--	--	---

coesistano e persistano gravi menomazioni che determinano disabilità multiple e complesse , che necessitano di interventi valutativi e terapeutici, che per la criticità clinico-assistenziale non sono realizzabili presso strutture riabilitative di altro livello

Unità per le mielolesioni (Unità spinale e centro spinale)(cod.28)

Vi accedono pazienti con lesione midollare acuta di recente insorgenza, quando è risolta l'instabilità correlata al danno midollare primario e/o l'instabilità vertebrale , emodinamica e respiratoria.

Sono richieste le scale di valutazione SCIM e A.S.I.A. al momento del ricovero.

Lungodegenza medica-riabilitativa (cod.60)

E' individuata dalla normativa vigente come un regime assistenziale destinato ad accogliere pazienti provenienti da degenze per acuti, mediche o chirurgiche, che hanno ancora bisogno di trattamenti sanitari rilevanti e non sono sufficientemente stabili per ricevere un trattamento riabilitativo intensivo di almeno tre ore giornaliere.

SETTING RIABILITATIVI TERRITORIALI:

- **trattamento intensivo in nucleo di riabilitazione intensiva residenziale**
- **trattamento estensivo in nucleo di riabilitazione estensiva residenziale e semiresidenziale**
- **trattamento socio-riabilitativo in nucleo socio-riabilitativo residenziale e semiresidenziale**

Le attività di riabilitazione svolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali si rivolgono a pazienti in condizione clinica stabilizzata che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti, non autosufficienti e non assistibili a domicilio e che hanno necessità di un'adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore (regime residenziale) o per tempi minori (regime semiresidenziale).

Le prestazioni vengono erogate all'interno di "nuclei", ossia aree di degenza accreditate per la specifica funzione. All'interno della stessa struttura residenziale possono coesistere più nuclei con diversi livelli di assistenza.

Trattamento riabilitativo non residenziale (ambulatoriale o domiciliare)

Sono eleggibili al trattamento riabilitativo domiciliare le persone con disabilità complessa, spesso multipla, con possibili esiti permanenti in condizioni cliniche stabili che non possono accedere ad altre strutture riabilitative a causa di particolari condizioni cliniche e/o sociali.

I trattamenti sono volti a favorire il recupero e/o il mantenimento delle potenzialità e il miglioramento della qualità della vita, in un costante processo di responsabilizzazione e autonomizzazione, con il coinvolgimento dei familiari (è indicata la presenza del *caregiver*).

Alla dimissione dal setting ospedaliero il percorso riabilitativo può essere completato anche in strutture ambulatoriali. Si distinguono due tipologie di strutture:

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

-centro ambulatoriale di riabilitazione: per il trattamento di persone con disabilità complesse, che richiedono la formulazione di un PRI, realizzato da un team riabilitativo multiprofessionale

-presidio ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione: per il trattamento di persone con disabilità minimali, che necessitano di un solo programma riabilitativo erogato da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione.

Trattamento riabilitativo presso centri accreditati ex Art. 26

I centri accreditati ex Art.26 erogano trattamenti volti a consentire il recupero e la rieducazione funzionale e/o il mantenimento delle abilità acquisite a persone con disabilità complessa con possibili esiti permanenti, che richiedono un approccio multidisciplinare ed un PRI. Le prestazioni possono essere erogate in regime ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale o domiciliare.

Strutture riabilitative presenti nell'Azienda ASL Latina

Nell'Azienda ASL Latina sono presenti 2 presidi ambulatoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione situati a Latina presso il poliambulatorio in Via Cesare Battisti n. 50 ed a Latina Scalo presso il poliambulatorio in Via delle Industrie n.1. Altri 3 presidi ambulatoriali sono situati presso L'Ospedale di Gacta e presso le Case della Salute di Sezze e Priverno.

L'Azienda Asl Latina si avvale inoltre di strutture accreditate dislocate sul territorio. L'elenco delle strutture con la tipologia delle prestazioni riabilitative erogate è riportato in **allegato 10** L'elenco delle strutture riabilitative di alta specializzazione (cod.75 e cod.28) e di lungodegenza medica- riabilitativa (Cod. 60) della Regione Lazio, non presenti nella nostra Azienda, è riportato in **allegato 11**

8.3.2 Descrizione Organizzativa accesso e trasferimento nei diversi setting assistenziali

Il trasferimento dal reparto per acuti ad una struttura ospedaliera o territoriale riabilitativa viene richiesto dal reparto di provenienza dopo una valutazione congiunta tra il Medico del reparto e lo specialista della riabilitazione chiamato a consulenza, tenendo conto delle condizioni cliniche, del livello di stabilità e del grado di disabilità del paziente in esame.

A. Modalità di attivazione dei setting di riabilitazione ospedaliera e territoriale (residenziale intensiva ed estensiva, riabilitazione territoriale semiresidenziale estensiva)

➤ Medico di reparto di ogni presidio ospedaliero o altro operatore

- a. **Accede alla piattaforma regionale Transitional Care**, compila il "modulo unico informatizzato per la richiesta di trasferimento in riabilitazione" (Modulo A del DCA n. U00226 del 5 giugno 2018) specificando il setting riabilitativo in elenco; (**allegato 12**) **indicando il setting riabilitativo post acuzie appropriato (cod. 56-60-28 -75).**

N.B. Il modulo regionale è stato riportato integralmente in Transitional care per cui le informazioni richieste sono le stesse del cartaceo per tutti i codici.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 01</p> <hr/> <p>16 febbraio 2026</p>
--	--	---

Per il trasferimento presso l'unità Spinale e i Centri Spinali, il modulo unico va integrato con la sezione di valutazione della persona con lesioni midollari (**allegato 13**) (**il sistema Transitional Care contiene tutti i setting riabilitativi**)

- b. Invia informaticamente la richiesta tramite il Transitional Care. al TOH (Team Operativo Ospedaliero) di riferimento del Presidio ospedaliero
- c. Prescrive ausili e/o protesi alla dimissione e li consegna al Caregiver/paziente

➤ **L'infermiere del TOH (Team Operativo Ospedaliero) del presidio di riferimento:**

- a. accede in Transitional Care verifica la completezza e della compilazione della richiesta di trasferimento;
- b. richiede in Transitional Care . la disponibilità di posto letto alle strutture riabilitative i cui setting sono specificati nella richiesta;
- c. Verifica sistematicamente in Transitional Care le disponibilità fornite dalle strutture riabilitative scelte, conferma l'accettazione alla struttura e automaticamente il sistema genera una notifica di accettazione posto letto che viene visualizzata sia dal Reparto che dal TOH;
- d. In caso di eventuali cambiamenti di condizioni cliniche o di percorso del paziente, su richiesta del reparto, il TOH in Transitional Care modifica la data presunta/prevista di dimissione visualizzabile da tutti in T.C.;
- e. Informa tramite email il MMG della dimissione del suo assistito verso la struttura riabilitativa ospedaliera.

➤ **Il coordinatore infermieristico e/o l'infermiere di turno del reparto:**

- a. Attiva le procedure di trasferimento extraospedaliero tramite il servizio di trasporti aziendale (UCTO);

Il sistema Transitional Care genera una notifica di presa in carico da parte delle strutture riceventi visualizzabile dai TOH e reparti

B. Modalità attivazione trasferimento RSA

➤ **Medico di reparto di ogni presidio ospedaliero o altro operatore:**

- a) **Accede alla piattaforma regionale Transitional Care** , compila il "modulo unico informatizzato per la richiesta di trasferimento in RSA indicando il livello assistenziale appropriato (intensivo-estensivo per non autosufficienti- estensivo per DCCG- mantenimento alto o basso (**allegato 14**)
- N.B. Il modulo regionale è stato riportato integralmente in Transitional care per cui le informazioni richieste sono le stesse del cartaceo per tutti i livelli assistenziali**
- b) Invia informaticamente la richiesta tramite il T.C. al TOH (Team Operativo Ospedaliero) di riferimento del Presidio ospedaliero

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 01</p> <hr/> <p>16 febbraio 2026</p>
--	--	---

➤ **L'infermiere del TOH (Team Operativo Ospedaliero) del presidio di riferimento:**

- a. Accede in Transitional Care verifica la completezza della compilazione della richiesta di inserimento in RSA;
- b. Assieme all'Assistente Sociale ospedaliera, il medico di reparto e il coordinatore infermieristico/infermiere effettuano entro 12-24 ore dalla ricezione della richiesta, la valutazione del paziente per la definizione del setting assistenziale appropriato (UVMO: Unità Valutativa Multidimensionale Ospedaliera));
- c. Inserisce i dati della valutazione UVMO nel sistema informativo regionale SIRA che stabilisce informaticamente il setting assistenziale appropriato;
- d. Contatta il caregiver per colloquio informativo ed espressione del consenso all'inserimento in RSA da svolgersi a cura dell'Assistente Sociale ospedaliero c/o Territoriale (è previsto un primo colloquio informativo a cura dell'assistente sociale ospedaliero, successivamente il caregiver dovrà recarsi al PUA del Distretto di appartenenza e proseguire l'iter per il disbrigo delle pratiche amministrative tra cui l'isce per la compartecipazione alla spesa);

In caso di consenso da parte del paziente e/o caregiver, invia il modulo di richiesta inserimento in RSA lungodegenza al PUA del distretto di appartenenza del paziente;

- c. Il TOH invia informaticamente la richiesta tramite il Transitional Care alla COT-A (Centrale Operativa Territoriale Aziendale) per la ricerca posto letto allegando la documentazione necessaria (autorizzazione SIRA-scelta delle strutture da parte del paz/caregiver ed altri documenti previsti).

➤ **L'infermiere della COT-A (Centrale Operativa Territoriale Aziendale):**

- a. accede in Transitional Care verifica la completezza della compilazione della richiesta di inserimento in RSA e la presenza di allegati (elenco strutture indicate dal paz./caregiver);
- b. richiede in Transitional care . la disponibilità di posto letto alle strutture RSA i cui livelli assistenziali sono specificati nella richiesta;
- c. Verifica sistematicamente in Transitional Care. le disponibilità fornite dalle strutture RSA scelte, conferma l'accettazione alla struttura e in automatico il sistema genera una notifica di accettazione posto letto che viene visualizzata sia dal Reparto che dal TOH;
- d. In caso di eventuali cambiamenti di condizioni cliniche o di percorso del paziente, su richiesta del reparto/TOH in Transitional Care la COT-A modifica la data presunta/prevista di dimissione visualizzabile da tutti in T.C.;
- e. Informa via email il MMG della dimissione del suo assistito verso la struttura RSA.

➤ **Il coordinatore infermieristico e/o l'infermiere di turno del reparto:**

- a. Attiva le procedure di trasferimento extraospedaliero tramite il servizio di trasporti aziendale (UCTO);

Il sistema TC genera una notifica di presa in carico da parte delle strutture riceventi visualizzabile dai TOH e reparti

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

C. Modalità attivazione Riabilitazione domiciliare

➤ Medico di reparto e infermiere di reparto:

- b. Il medico redige la lettera di dimissione con le prescrizioni di riabilitazione domiciliare;
- c. L'infermiere invia la lettera di dimissione via email al TOH di riferimento;
- d. Prescrive ausili e/o protesi alla dimissione e li consegna al Caregiver/paziente

➤ L'infermiere del TOH :

- a. Verifica la completezza della compilazione della lettera di dimissione con le prescrizioni domiciliari;
- b. In caso di dubbi o dati incompleti, si reca in UO per acquisire ulteriori informazioni del paziente;
- c. attiva direttamente l'assistenza domiciliare tramite l'apertura della cartella CAD online (software Valgraf);
- d. Informa il MMG della dimissione del suo assistito e dell'attivazione della riabilitazione domiciliare

I criteri di eleggibilità per le cure domiciliari (ADI) sono definiti dal DCA n. U00256 del 05/07/2017 e le modalità di accesso ai servizi domiciliari e/o residenziali territoriali dai DCA n.U00431 del 04/12/2012 e n.U00226 del 05/06/2018 .

D. Strutture ex Art.26 (di competenza della COT-A in dimissione da strutture di ricovero)

Per il paziente in dimissione:

Per le strutture residenziali e semiresidenziali e domiciliari la procedura è la stessa delle strutture riabilitative per la valutazione del fisiatra, ma la ricerca posto letto in T.C. è di competenza della COT Aziendale

Per la riabilitazione ex Art.26 regime ambulatoriale, il medico specialista fisiatra propone il programma riabilitativo che verrà consegnato al paziente insieme alla lettera di dimissione. Le procedure di presa in carico sono le stesse elencate per il paziente a domicilio.

9 IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO

Al fine di facilitare l'implementazione a livello aziendale viene effettuata una diffusione del documento attraverso il sito aziendale e tramite il coinvolgimento degli operatori sanitari anche nell'ambito di eventi formativi . La formazione continua è infatti parte integrante di ogni PDTA sia per il miglioramento dei processi organizzativi sia per la crescita professionale e per il miglioramento delle competenze di tutti gli operatori sanitari in tutte le fasi del percorso

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 01</p> <hr/> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

Il monitoraggio avviene attraverso la rilevazione dei dati mediante l'utilizzo dei Sistemi Informativi ,
permettendo il calcolo degli indicatori

La condizione di trauma viene identificata nei diversi sistemi informativi nei campi codici intervento
(118), problema principale (SIES) , trauma e causa esterna (SIO) e con un codice di diagnosi ICD-9-CM
compreso negli intervalli 800 - 904 o 910 - 995 (SIO/SIES)

La selezione trauma grave viene attuata dalla compilazione nella SDO nella parte relativa all'esito Traumi
severi attraverso la compilazione dei campi "gravità lesione principale" e "gravità lesione secondaria"
secondo il nuovo flusso SIO della regione Lazio

Si riportano nella tabella a seguire gli indicatori che saranno utilizzati dal Coordinamento Regionale per
effettuate le attività di audit previsti dalla determina regionale, ai quali potranno essere aggiunti ulteriori
indicatori di processo per la valutazione dell'applicazione del percorso

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave	
		Rev.: 01
		16 febbraio 2026

Tabella 1 – Indicatori per il monitoraggio della RTG		
Fase	Indicatore	Fonte
1 - PRE	Tempo di centralizzazione primaria dalla chiamata alla CO all'arrivo in PS dei traumi gravi	118/SIES
1 - PRE	Incidenza delle Cause esterne dei Traumi Gravi	SIO
1 - PRE	Indicatori clinici e specifici registrati sulla scena	118
1 - PRE	Percentuale di centralizzazione primaria da parte del 118 nei CTS/CTZ dei traumi gravi	118/SIO/SIES
1 - PRE	Numero di traumi gravi con GCS inferiore a 9 intubati nella fase pre-ospedaliera	118/SIO/SIES
1 - PRE	Percentuale di centralizzazione primaria da parte del 118 nei CTS/CTZ con neurochirurgia dei traumi gravi con GCS inferiore a 9	118/SIO/SIES
1 - PRE	Percentuale di centralizzazione primaria da parte del 118 nei CTS/CTZ dei traumi degli arti	118/SIO/SIES
2 - OSP	Tempo tra l'accesso in PS e l'esecuzione TC dei traumi gravi	SIES
2 - OSP	Esito Teleconsulto nei Traumi Gravi trasferiti	Advice
2 - OSP	Numero di centralizzazione secondaria da Ospedale Spoke di Trauma Grave	SIES
2 - OSP	Indicatori clinici e specifici registrati rilevati in PS	SIES
2 - OSP	Tempi di permanenza in PS	SIES
2 - OSP	Tempo tra l'arrivo in PS e l'esecuzione di una procedura per il controllo dell'emorragia	SIES-SIO
2 - OSP	Numero di angiografia eseguite nei traumi maggiori	SIES-SIO
2 - OSP	Numero di angiografia eseguite nei traumi maggiori in shock emorragico	SIES-SIO
2 - OSP	Numero di interventi di stabilizzazione delle ossa lunghe entro 1 giorno	SIO
2 - OSP	Numero di interventi per frattura della colonna entro 3 giorni	SIO
2 - OSP	Tempistica intervento chirurgico per specifici gruppi patologici	SIO
2 - OSP	Reparto primo reparto di ricovero per codice Trauma Grave	SIES/SIO
2 - OSP	Numero di ricoveri con almeno un transito in TI per codice Trauma Grave	SIO
2 - OSP	Indicatori di gravità secondo AIS	SIO
2 - OSP	Tempi di permanenza in Ospedale	SIO
2 - OSP	Esito dei ricoveri con Trauma Grave	SIO
3 - POST	Numero di pazienti con trauma grave inclusi nel programma riabilitativo cod. 28, 56, 60, 75/numero totale di pazienti ricoverati con trauma grave, esclusi i deceduti	SIO-RER
3 - POST	Tempistica di trasferimento di pazienti nelle strutture con cod. 28, 56, 60, 75	SIO-RER

Per la valutazione della RTG aziendale e per la valutazione della implementazione del PDTA periodicamente, con una frequenza trimestrale/semestrale per il primo anno, verranno organizzati

- Audit ospedalieri per la discussione dei percorsi per presidio per la valutazione delle criticità organizzative intraospedaliere e intraaziendale e per la valutazione dei risultati assistenziali
- Audit aziendali per la valutazione della rete aziendale del Trauma Grave
- Per la valutazione della fase extraospedaliera verranno eventualmente organizzati audit in condivisione con ARES 118 ed in condivisione anche con il CTS

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <p>Rev.: 01</p> <p>16 febbraio 2026</p>
---	--	--

La valutazione sia della implementazione del percorso sia dei risultati clinici ottenuti è un momento fondamentale e viene coordinata dal referente di percorso in collaborazione con i referenti di struttura, secondo il modello di audit and feedback

Durante gli audit vengono pianificate eventuali azioni di miglioramento in base alle criticità rilevate. Durante gli audit vengono rilevati inoltre i bisogni formativi e definita la pianificazione delle sessioni di formazione per il personale sanitario sia per la diffusione e per la facilitazione della implementazione del PDTA sia per approfondimenti/aggiornamenti in tema di assistenza diagnosi e terapia

Il verbale di audit viene trasmesso in direzione sanitaria aziendale

10 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Determinazione 13 febbraio 2025, n. G01810 Revisione del Piano di Rete per il Trauma Grave (Determinazione n. G15438/2020) in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 24 gennaio 2018 (Repertorio Atti n. 14/CSR).
- Deliberazione 7 dicembre 2023, n. 869 Approvazione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015".
- Determinazione Dirigenziale nG17352 del 21 dicembre 2018 Direttive di attuazione della DGR 281 del 12 giugno 2018 di recepimento del DM 7 dicembre 2016 Modifiche al contenuto, alle modalità di trasmissione e ai formati di registrazione dei dati dei flussi ospedalieri – Revisione tracciato record della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) in uso nel Lazio
- Determinazione n. G01369 del 06/02/2023 Revisione del "Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore) - DCAU00379/2019"
- Determina regione Lazio G15438 pubblicata sul BUR il 7 gennaio 2021 Approvazione del "Piano di Rete Trauma Grave" - in attuazione dell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 24 gennaio 2018 (Rep. Atti n. 14/CSR), ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti".
- Deliberazione Regione Lazio 7 dicembre 2023, n. 869 Approvazione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015".
- Delibera Asl Latina n 328 del 31/6/2017 Protocollo operativo per il percorso assistenziale trauma grave e neurotrauma Osp S: M.Goretti Latina e Protocollo organizzativo per la gestione del paziente affetto da Trauma grave Osp Formia, Terracina , Fondi
- Procedura aziendale "Raccomandazione per la morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto secondario (Ospedaliero/Extraospedaliero) aggiornamento del 04/02/1926 <https://www.ausl.latina.it/attachments/article/749/R11d.pdf>

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
		Rev.: 01
		16 febbraio 2026

11. ACRONIMI

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADL	Activities of Daily Life
AO	Azienda Ospedaliera
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
ASIA	American Spinal Injury Association
CAD	Centro Assistenza Domiciliare
CDC	Casa Di Cura
COT A	Centrale Operativa Territoriale Aziendale
CTS	Centro Trauma alta Specializzazione
CTZ	Centro Trauma di Zona
CVC	Catetere Venoso Centrale
DCA	Decreto Commissario ad ACTA
DEA	Dipartimento Emergenza e Accettazione
GCA	Grave Cerebrolesione Acquisita
ICOT	Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico
IP	Infermiere Professionale
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Crattere Scientifico
ISS	Injury Severity Score
LD	Lungo Degenza
MMG	Medico di Medicina Generale
NE	Nutrizione Enterale
OBI	Osservazione Breve Intensiva
ORL	Otorinolaringoiatria
OSS	Operatore Socio Sanitario
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PRI	Programma Riabilitativo Individuale
PS	Pronto Soccorso
PST	presidio Pronto Soccorso per Traumi
RSA	Residenza Sanitaria Assistita
RTG	Rete Trauma Grave
RTGP	Rete Trauma Grave Pediatrica
SCIM	Spinal Cord Independence Measure
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SIMT	Servizio immunoematologia e Medicina Trasfusionale
SNG	Sondino Naso Gastrico

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL LATINA</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente con trauma grave</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p> <hr/> <p>Rev.: 01</p> <hr/> <p>16 febbraio 2026</p>
--	--	---

TFMT	Team Funzionale Multidisciplinare Trauma
TL	Team Leader
TNO	Trattamento Non Operativo
TVP	Trombosi Venose Profonde
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UVMO	Unità Valutativa Multidimensionale Ospedaliera